Rok XXXVII. Kraków 5. Lutego 1898. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał
Dr. Ludwik Świtalski,
I. asystent kliniki.

Od czasu, w którym Virchow przeprowadził ścisły podział nowotworów na łagodne i złośliwe, zaczęto badać dokładniej poszczególne postacie nowotworów i śledzić zmiany, jakim one podlegają.

Włókniakomięśniaki mięszano dawniej z rakowcami (cancroid) i nierzadko uważano za nowotwory złośliwe. Dopiero Virchow zaliczył je do nowotworów łagodnych, to jest takich, które wzrastają powoli, nie tworzą przerzutów, a więc mają znaczenie czysto miejscowe, t. j. o tyle mogą b e z p o ś r e d n i o szkodzić ustrojowi, o ile przez swe usadowienie sprowadzają ucisk na narządy sąsiednie.

Wiadomo, że włókniakomięśniaki, w utkaniu których stosunek dwu głównych składników, t. j. włókien mięsnych i tkanki łącznej, bywa nader rozmaity, mogą ulegać rozmaitym zmianom następowym, jak zwyrodnieniu śluzakowemu (myxofibroma), torbielowatemu (cystofibroma), stłuszczeniu, zwapnieniu, stwardnieniu (induratio), obrzękowi, zmianom, które mogą mieć rozmaity wpływ na rozrost nowotworu, bez zmiany jednak przyrody guza t. j., że ten dalej pozostaje łagodnym.

Już Virchow zastanawiał się nad tem, czy włókniaki mogą stać się także punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, zwłaszcza od czasu, kiedy Klob w r. 1864 opisał przypadek włókniaka macicy, w którym rozwinął się rak pierwotny. Odtąd tak anatomowie jak i ginekolodzy zaczęli się tą sprawą bliżej zajmować.

Że włókniaki mogą stać się punktem wyjścia dla mięsaka (fibrosarcoma), to jest rzeczą pewną, stwierdzoną przez Rokitanskyego i Virchowa. Zdarza się to nawet nie tak rzadko, bo n. p. Martin [1]), na 205 przypadków włókniaków, które operował, stwierdził to sześć razy, przyczem dodaje, że chore te były przez dłuższy czas przedtem obserwowane, a nawet leczone energicznie wstrzykiwaniami ergotyny.

Według Kunerta i Schrödera każdy włókniakomięsak (fibrosarcoma) macicy rozwija się z włókniaka (fibromyoma).

Rozwój mięsaka wśród włókniaków jest o tyle jasny, że pierwociny, z których rozwija się mięsak, wchodzą w skład włókniakomięśniaków. W jakich warunkach jednak to się dzieje, nie wiadomo.

Co się tyczy możliwości rozwoju raka wśród włókniaków, to zdania autorów są podzielone. Dawniej uważano włókniaki za utwory, w których rak rozwijać się nie może.

Cruveilhier w r. 1856 pisze: „les corps fibreux ne sont pas susceptibles de dégénération cancereuse. Il y a incompatibilité absolue entre les corps fibreux et le cancer. Cette incompatibilité est même si grande, qu'il est extrêmement rare de voir la coïncidance d'un corps fibreux de l'utérus avec le cancer du même organe; d'une autre part, dans les cas de coïncidance, la dégénération cancereuse ne se propage jamais du tissu uterin au corps fibreux".

Cruveilhier więc nie tylko stanowczo zaprzeczał możliwości rozwoju raka wśród włókniaków, ale nawet twierdził, że rak, rozwijający się w sąsiedztwie, nie wrasta w włókniak, a więc, że utkanie jego stanowi poniekąd tamę, przy której rozwój włókniaka zostaje powstrzymany.

Kiwisch utrzymywał, że tylko w bardzo rzadkich przypadkach może przyjść wśród włókniaków do rozrostu raka, który rozwija się gdzieś w sąsiedztwie.

I w nowszych już czasach Schröder, Hofmeier, Ehrendorffer i Uter twierdzą, że rak, rozwijający się w sąsiedztwie włókniaka, zwykle obrasta go, a rzadko tylko wrasta w jego utkanie. Zatem oni również uważają włókniaki za utwory poniekąd odporne względem raka.

Że zapatrywania te były i są mylne, o tem świadczy już cały szereg ogłoszonych przypadków, gdzie rak swobodnie rozrastał się z macicy w utkanie włókniaka.

Że nie spotyka się tego często, to przyczyna leży w tem, że rak macicy występuje najczęściej w szyjce macicznej i w dalszym ciągu rozrasta się przeważnie w tkankę okołomaciczną (parametrium) ku pochwie i narządom sąsiednim (pęcherz, kiszka stolcowa); podczas gdy trzon, w którym znowu najczęściej rozwijają się włókniaki, zostaje zwykle bardzo późno zajęty tak, że często następuje zejście śmiertelne, zanim rak zacznie się rozrastać na włókniak.

Zresztą nie możnaby sobie nawet wytłómaczyć, dlaczegoby rak nie mógł rozrastać się we włókniakach, nawet w postaciach jego najzbitszych; wszak wiadomo, że w przewlocznych zmianach zapalnych szyjki macicznej (metritis chronica), gdzie zbitość miąższu, wskutek rozrostu włóknistej tkanki łącznej, dorównuje nieraz zbitości bardzo twardych włókniaków, przychodzi nierzadko do rozrostu raka.

Jeżeli wśród włókniaka rozrasta się rak, to mogą zajść następujące możliwości: albo rak rozwija się wśród utkania włókniakomięśniaka, tak zw. pierwotny rozwój raka (primäre carcinomatöse Degeneration); albo też rak, który najpierw rozwinął się w sąsiedztwie, w dalszym ciągu wrasta w utka-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäk. II Congress zu Hall 1888 s. 125.

nie włókniaka, tak zw. następowy rozwój raka (secundäre carc. Deg.); albo też wreszcie mogą się utworzyć wśród włókniaków przerzuty z raka, rozwijającego się bądź to w częściach rodnych, bądź też w innych narządach.

Przypadek tej ostatniej przyrody opisał Schaper [2]). Rak, rozrastający się w płucu lewem, utworzył przerzuty w gruczołach chłonnych oskrzelowych i we włókniaku śródmiąższowym, usadowionym w przedniej ścianie macicy.

W przypadku Boissiera i Cornila [3]) potworzyły się, przy istniejącym raku nadnerczy, przerzuty we włókniakach macicy. W przypadku Liebmanna i Benporatha [4]) wystąpiły, przy raku w pochwie, przerzuty we włókniakach macicy. Ponieważ jednak w obu przypadkach i miąższ macicy był zajęty rakiem, więc prawdopodobnem jest, że przerzuty najpierw powstały w miąższu maci y i ztąd dopiero rak rozrósł się na włókniak.

Następowy rozwój raka wśród włókniaków ma o tyle dla nas znaczenie, o ile udowadnia, że rak macicy może się rozrastać w utkanie włókniaków, a zarazem, że oba te nowotwory mogą się równocześnie w macicy rozrastać. Jak zaś to się często zdarza i jaki zachodzi związek pomiędzy nimi o tem wspomnę poniżej.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków twierdzimy wtenczas, jeżeli rak zacznie się rozrastać wśród utkania włókniaka, albo też bierze początek z błony śluzowej, pokrywającej włókniak. W drugim przypadku odnosić się to może tylko do włókniaków podśluzowych i to w ten sposób ułożonych, że włókniak jest bezpośrednio pokryty błoną śluzową, wchodzącą wtedy niejako w skład jego, co najlepiej uwidacznia się na polipach włóknistych, w których pokrywająca je błona śluzowa zlaną jest z utkaniem polipa i oddzielić się od niego nie da. W tym przypadku więc, jeżeli rak rozwija się z pokrywającej go błony śluzowej, wrasta zaraz w utkanie włókniaka tak, że poniekąd mamy i tu pierwotny rozwój raka.

W przypadkach, w których, pomiędzy włókniakiem a błoną śluzową, w której rak rozwijać się zaczął, znajduje się cieńsza lub grubsza warstwa miąższu macicznego, jeżeli w dalszym rozroście przeniesie się rak na włókniaka w takim razie nie będziemy już mówić o pierwotnym, lecz o następowym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaka. Zastanówmy się teraz najpierw, czy jest możliwem, aby rak rozwinął się wśród włókniakomięśniaka, niezależnie od błony śluzowej.

Virchow w tym kierunku pisze: „es ist mir gar nicht zweifelhaft, dass ein bestehendes Myom carcinomatös degeneriren kann, indem sich aus seinem Interstitialgewebe heterologe Bestandtheile entwickeln“. Wiadomo jednak, że Waldeyer i Thiersch wystąpili przeciw tym zapatrywaniom Virchowa i, na podstawie swoich badań, wypowiedzieli zdanie, że nowotwór przybłonkowy, jakim jest rak, może rozwinąć się tylko z komórek przybłonkowych. Zapatrywania te zostały poparte przez Klebsa, Birch-Hirschfelda, Hausera i wielu innych, a i dzisiaj bywają uważane za pewne. Powyżsi badacze, przyjąwszy za dewizę: „omnis cellula e cellula eiusdem generis“, twierdzą, że miąższ pierwotnego nowotworu rozwija się z miąższu, a podścielisko z tkanki podścieliskowej tego narządu, w którym nowotwór się rozwija. Trzymając się więc dzisiaj tego, uznanego za pewne, zapatrywania, musimy zadać sobie pytanie, czy wśród włókniaków znajdują się utwory przybłonkowe, któreby mogły stać się punktem wyjścia dla rozwoju raka?

W przeważnej liczbie przypadków nie spotyka się we włókniakach żadnych utworów przybłonkowych i rozumie się, że w nich, na podstawie powyżej wygłoszonego zapatrywania, nie może przyjść do pierwotnego rozwoju raka. Virchow w r. 1863, opisując mięśniaka torbielowatego (myoma cysticum), twierdził, że utwory gruczołowe we włókniakach nigdy się nie znajdują, a Klebs utrzymywał, że prawdziwy przybłonek może znajdować się tylko we włókniakach, leżących blizko błony śluzowej i że wtedy pochodzi on z jej przybłonka. Jednak badania, dokonane w ostatnich dziesiątkach lat, wykazały, że komórki przybłonkowe znajdować się mogą wśród utkania włókniaków i to nawet nie tak rzadko się tam usadawiają, wyścielając utwory gruczołowe, których ilość niekiedy jest tak znaczna, że włókniaki te zaliczono do nowotworów mięszanych, nadając im nazwę gruczolakomięśniaków (fibro-adenoma). Babesiu [5]), Diesterweg [6]), Schröder [7]), Ruge, Hauser [8]), Schottländer [9]), Breuss [10]) opisali cały szereg przypadków, gdzie w włókniakach, tak podsurowiczych, śródmiąższowych jak i podśluzowych, znajdowali utwory gruczołowe, wyścielone przybłonkiem walcowatym, nierzadko torbielkowato porozszerzane.

Orłów [11]) znalazł, na 55 przypadków drobnych włókniaków, w 4 przypadkach włókniaków podsurowiczych utwory gruczołowe i torbiele wyścielone przybłonkiem walcowatym.

Ricker [12]) na 35 przypadków znalazł 5 razy utwory gruczołowe i to zawsze we włókniakach podsurowiczych lub śródmiąższowych, leżących blizko otrzewnej.

Recklinghausem opisał 27 przypadków włókniakomięśniaków, w utkaniu których była bardzo znaczna ilość utworów gruczołowych tak, że je zalicza do gruczolakomięśniaków.

Z każdym rokiem liczba tych przypadków się zwiększa. Badając w ostatnim roku szkolnym wszystkie włókniaki, usunięte na drodze operacyjnej, stwierdziłem w dwóch przypadkach włókniaków znaczną ilość gruczołów. W jednym przypadku był włókniak podśluzowy, wychodzący z przedniej ściany macicy, częścią urodzony do jej jamy, wielkości małej pięści; w drugim były włókniaki śródmiąższowe, usadowione w obu rogach macicy około trąbek. Co do pochodzenia tych utworów gruczołowych we włókniakach, to zapatrywania są rozmaite.

Diesterweg, Hauser, Schottländer i Ricker przyjmują, że w myśl teoryi Conheima, wskutek zaburzeń rozwojowych, podczas życia płodowego, woreczki gruczołowe, względnie komórki przybłonkowe przewodów Müllera, zabłąkały się w pewne miejsce utkania macicy, gdzie znajdowały się zawiązki włókniaków i wewnątrz nich zostały odsznurowane.

Babesiu uważa je również za utwory pochodzenia pło-

[2]) Archiv v. Virchow 1892 Bd. 129 H. 1. S. 61.
[3]) Progrès med. 1876 p. 697.
[4]) Monatschrift für Geburtskunde 25 S. 250.

[5]) Allgemeine Wiener medic. Zeitung 1882 N. 4 i 5.
[6]) Zeitschr. für Geburts. u. Gynakologie 1883 B. IX S. 191.
[7]) Handbuch der Krankheiten der weibl. organe 1890.
[8]) Münchener med. Wochenschrift 1893 N. 10.
[9]) Zeitschr. f. geb. of. Gynäk. 1893 Bd. XXVII.
[10]) Ueber wahre Epithel. führende Cystenbildung in Uterusmyomen 1894.
[11]) Nowiny lekarskie 1897 S. 613.
[12]) J. Veit: Handbuch der Gynäkologie 1897 S. 420.

dowego i wyciąga ztąd wniosek, że zarodki włókniaków zostają utworzone w tak wczesnym okresie życia płodowego, że jeszcze zarodkowe zawiązki tkanki przybłonkowej mogą się do nich dostać, aby następnie, wśród korzystnych warunków, dalej się rozwijać.

Nagel, Breuss i Gottschalk uważają te utwory gruczołowe za pochodzące z resztek kanałów Wolffa.

Według Schrödera gruczoły te pochodzą z błony śluzowej, zkąd zostały odsznurowane, a przy dalszym rozroście dostały się do wnętrza guza. Recklinghausen wykazał, na podstawie ścisłych badań nad gruczolakomięśniakami, analogię pomiędzy utworami gruczołowymi, a ciałem Wolffa i na tej podstawie utrzymuje, że pochodzą one z resztek ciała Wolffa.

Jest bardzo prawdopodobnem, że gruczoły znajdujące się wśród włókniaków podśluzowych mogą pochodzić z błony śluzowej macicy. Przy badaniu drobnowidowem ściany macicznej, w przypadku, w którym znajdował się polip włóknisty, mogłem stwierdzić odsznurowywanie się gruczołów z błony śluzowej trzonu macicy, zgrubiałego z powodu przewlocznego zapalenia (metritis chronica). W przypadku tym, zdala od błony śluzowej, znajdowałem gruczoły otoczone ze wszystkich stron utkaniem macicznem. A ponieważ spotkałem cały szereg takich gruczołów, z których jedne znajdowały się dalej, a drugie bliżej błony śluzowej, więc należy przypuścić, że zostały one odsznurowane z błony śluzowej. W podobny więc sposób gruczoły mogą się dostać i w utkanie włókniaków podśluzowych, zwłaszcza nieoddzielonych torebką tkanko łączną od mięśni macicy. Trudnoby jednak było sobie wytłómaczyć, aby gruczoły z błony śluzowej mogły się dostać już w życiu pozapłodowem we włókniaki śródmiąższowe, lub podsurowicze tak, że tu musi się przyjąć ich pochodzenie zarodkowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nowy odczynnik na barwiki żółciowe w moczu.

Podał

Dr. Krokiewicz Antoni, prymaryusz i **Dr. Batko Józef,** lekarz praktykujący w tym oddziele.

Odczynniki na barwiki żółciowe[1]) w moczu, podane przez Gmelina, Brückego, Fleischla, Maseta, Vitalego, Ultzmanna, Rosenbacha, Smitha, Maréchala, nie odznaczają się zbytnią czułością, gdyż, w celu otrzymania dodatniego wyniku, musimy rozporządzać większą ilością moczu, zawierającego w znaczniejszej ilości barwiki żółciowe. Jeśli zaś mamy do czynienia ze zbyt małą ilością moczu żółtaczkowego, lub jeśli w moczu znajdują się barwiki żółciowe w skąpej ilości, odczynniki te częstokroć zawodzą. Niemniej i próba formalinowa, polecona w ostatnim czasie przez Gluzińskiego[2]), nie prowadzi do celu, a nawet, zdaniem naszem, jest mniej czułą od poprzednich. Nigdy bowiem, pomimo wykonania tej próby w kilkunastu przypadkach moczu żółtaczkowego, zawierającego barwiki żółciowe, jużto w większej jużto w mniejszej ilości, nie udało nam się, pomimo zachowania wszelkich podanych wskazówek, otrzymać zabarwienia ametystowego; otrzymywaliśmy tylko, w przypadkach silnej żółtaczki, oliwkowozielone zabarwienie moczu, podczas gdy w razie mniejszej ilości barwików żółciowych, kiedy próba Gmelina i jodowa dawały wybitne odczyny, próba formalinowa zawodziła, nawet co do pojawienia się zabarwienia szmaragdowozielonego. Wobec tego uważamy za stósowne podać do szerszej wiadomości próbę bardzo czułą na wykrycie barwików żółciowych w moczu, którą uzyskaliśmy przypadkowo, przy wykonywaniu diazoreakcyi Ehrlicha w moczu.

Jeśli do próbówki nalejemy 5 ccm. moczu, zawierającego barwiki żółciowe, i taką samą ilość odczynnika, używanego do diazoreakcyi Ehrlicha, a zawierającego wodny rozczyn 0·5% kwasu sulfanilinowego i 5% kwasu solnego (Ac. sulphanilicum 0·5, Acid. hydrochl. conc. 5,0. Aq. destill. 100,0) i zakłócimy, a następnie zwolna po ścianie próbówki wlejemy około 4 ccm. wodnego rozczynu 1% azotynu sodowego (Natrum nitrosum), w krótkim czasie spostrzeżemy pośród owej cieczy grę barw, a mianowicie w górnej części probówki zabarwienie szmaragdowozielone o szerokim pasie, a poniżej rąbek zabarwienia fioletowego, który zwolna rozszerza się na resztę cieczy, aż do dna rurki odczynnikowej. Jeśli następnie do tejże rurki odczynnikowej zwolna po ścianie dolejemy amoniaku 2 ccm. (amonia pura liquida), przedstawi się oczom naszym piękna gra barw, zupełnie podobna do poprzedniej, tylko z dodatkiem w górnej warstwie zabarwienia pomarańczowo-czerwonego, ponad pasem szmaragdowozielonym. — Stopa zabarwień zależy od ilości barwików żółciowych w moczu; w każdym jednak razie potrzeba większej ilości moczu i nieco znaczniejszej zawartości w nim barwików żółciowych, aby powyższy odczyn wywołać.

Okoliczność ta dała nam powód do bliższego zanalizowania szczegółów całego zjawiska. Po dość mozolnych poszukiwaniach uzyskaliśmy metody, zapomocą których można wykryć małe ilości barwików żółciowych w moczu, a nawet, w pewnych przypadkach, z kilku kropli moczu wnioskować o obecności barwików żółciowych. Do wykonania potrzebne są trzy odczynniki, t. j. A) rozczyn wodny 1% kwasu sulfanilinowego (acid. sulphanilicum), B) rozczyn wodny 1% azotynu sodowego (natrum nitrosum), C) zgęszczony czysty kwas solny (ac. hydrochloricum concentr. p.). Dla krótkości dwa pierwsze odczynniki, które należy trzymać w ciemnych flaszkach, nazwiemy literami A i B. Metody te są następujące:

I. metoda (Krokiewicz).

Do probówki wlewam po 2 ccm. odczynników A i B i następnie 2—5 kropli moczu, zawierającego barwiki żółciowe i potrząsam przez kilkanaście sekund próbówką, a ciecz przybierze zabarwienie rubinowoczerwone, silniejsze lub słabsze (co zależy od ilości barwików), które po dodaniu 1—2 kropli kwasu solnego przechodzi w zabarwienie ametystowofioletowe. Zjawisko to trwa krótko, poczem następuje zupełne odbarwienie cieczy.

Lub II. metoda (Krokiewicz).

Do próbówki wlewam po kilka kropli odczynników A i B (około ½ ccm.), moczu żółtaczkowego drugie tyle (½ do

---

[1]) Anleitung zur Harnanalyse v. Loebisch. 2) Anleitung zur Untersuchung des Harnes v. Hoffmann u. Ultzmann. 3) Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie v. Salkowski. 4) Klinische Diagnostik v. Jaksch.

[2]) Przegląd lekarski, 1897. Nr. 52.

1 ccm.) i kroplę kwasu solnego [3]); potrząsam próbówką przez krótką chwilę, przezco występuje zabarwienie cieczy ciemnofioletowe, które następnie zaraz (trzeba wykonać szybko) rozcieńczam wodą przekroploną do zabarwienia ametystowego. W przypadkach bardzo małej ilości barwików żółciowych zabarwienie ametystowofioletowe dopiero po kilku minutach staje się wyraźne. Zabarwienie to utrzymuje się przez długi czas.

III. metoda, tak zw. przez popłókanie (Batko):

Do próbówki wlewam po kilkanaście kropli odczynników A i B i wylewam je tak, iż w rurce odczynnikowej zaledwie ślady pozostają; poczem do rurki wlewam około 5 ccm. moczu żółtaczkowego. Ciecz w rurce odczynnikowej przybiera zabarwienie rubinowoczerwone, które, po dodaniu 1—2 kropli kwasu solnego, zmienia się na fioletowe. W razie znacznej zawartości barwików żółciowych należy do tej próby używać moczu kilkakrotnie (do 10 razy) rozcieńczonego (Krokiewicz).

Zamiast kwasu solnego można użyć i innych kwasów mineralnych, jednakowoż najlepiej odczyn wypada przy stosowaniu kwasu solnego.

Z powyższych metod nigdy nas nie zawiodła metoda II.; zdaniem naszem jest ona najczulsza. Do doświadczeń należy użyć moczu świeżo oddanego, a co najwyżej takiego, który przed 2—3 godzinami został oddany; jeśli bowiem mocz żółtaczkowy kilkanaście godzin pozostaje na wolnem powietrzu, barwiki ulegają w nim, wskutek sprawy rozkładowej, bądź utlenieniu, bądź też odtlenieniu coraz znaczniejszemu, a tem samem i odczyn nasz nie przychodzi do skutku.

Zabarwienie fioletowe moczu, uzyskane przy stósowaniu metody II. i III., utrzymuje się w stanie niezmienionym przez dłuższy czas. Badanie bliższe istoty barwika wykazało, iż nie przechodzi on z rozczynów kwaśnych ani do chloroformu, ani do eteru, ani do dwusiarczku węgla, a tylko zaledwie w śladach do alkoholu amylowego. W widmie nie daje żadnych cechujących znamion.

Odczyn ten jest bardzo czułym w porównaniu z próbami Gmelina i Smitha-Maréchala. Jeśli do doświadczeń użyjemy żółci cielęcia, świeżo otrzymanej z pęcherzyka żółciowego, to odczyn nasz występuje bardzo wybitnie w rozcieńczeniu 1:500 wodą przekroploną, podczas gdy kontrolne próby powyższe z jodem, lub z kwasem azotowym, zawierającym kwas podazotowy, dawały wynik dodatni w rozcieńczeniu 1:200. Jeśli zaś użyliśmy do doświadczeń moczu żółtaczkowego, to odczyn nasz wystąpił przy rozcieńczeniach wodą przekroploną 140 razy, a przy rozcieńczeniach moczu żółtaczkowego moczem innym, o nizkim ciężarze gatunkowym (0,007—0,009), pochodzącym od chorej, cierpiącej na padaczkę, okazał się 60 razy bardziej czułym, aniżeli kontrolna próba Gmelina lub Smith-Maréchala. Doświadczeń tych wykonywaliśmy cały szereg.

W celu przekonania się, ażali odczyn ten nie jest wywołany obecnością innych barwików w moczu, a nie jedynie tylko barwikami żółciowymi, podjęliśmy doświadczenia w tym kierunku na całej seryi moczów patologicznych, przyczem wewnętrznie podawaliśmy chorym przez pewien czas kwas chryzofanowy (senna, rheum), santoninę, balsam kopaiwiany, garbnik, antipirynę, phenacetynę, naphtol, salicylan sodowy, jod, brom, chininę, salol. Nigdy nie otrzymaliśmy przy stósowaniu naszych metod cechującej barwy ametystowo fioletowej. Również zabarwienie ametystowofioletowe moczu nie zależy od obecności indykanu w moczu. Dowodzi tego przypadek, gdzie w moczu znajdowała się bardzo znaczna ilość indykanu, jak to i prof. Stopczański stwierdził, a odczyn nasz dał zupełnie wynik ujemny. Również nie zależy nasz odczyn od tych czynników, które wywołują w moczu diazoreakcyę. Na tej podstawie utrzymujemy, iż odczyn wywoływany przez nasze metody zależy ściśle od obecności barwików żółciowych w moczu.

[3]) Czasem potrzeba i przed dolaniem kropli kwasu solnego wstrząsnąć kilka razy próbówką.

III. Kilka uwag o t. zw. przeroście gruczołu krokowego.

Z powodu pracy Dra Motza p. t. „Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego".

napisał

Docent Dr. Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Widzieliśmy jednak, że pierwotna, t. j. prawidłowa, wielkość rozwiniętego zupełnie gruczołu krokowego, idzie w parze z wielkością zupełnie rozwiniętych jąder, jak to zdawałoby się wynikać z owej względnej stałości wspomnianego wykładnika stosunku ciężarów obu narządów (*a*). Stąd też nie może zadziwiać spostrzeżenie Dra Motza: „że częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych"; u osobników bowiem z większymi narządami płciowymi zewnętrznymi, więcej było i w gruczole krokowym, że tak powiem, materyału budulcowego dla tworzącego się powiększenia. Nie mamy na to żadnego dowodu, że w przypadkach, opisanych przez Dra Motza, jądra przed rozwojem przerostu gruczołu krokowego były mniejsze i że dopiero, w miarę ich wzrostu, wzrastał i gruczoł krokowy ponad granice prawidłowe; stąd też w tych przypadkach wahałbym się mówić o równoległości rozwoju, pomimo, że równoległość ta jest wielce prawdopodobna w stanach prawidłowych obu narządów i aż do pewnego wieku. — Równoległość rozwoju dwóch narządów nie świadczy jeszcze, że jeden z nich zależy ściśle od drugiego; przeciwnie mogłyby to być współrzędne skutki jednej wspólnej przyczyny; w jednym jednak jak i w drugim razie dowodziłaby dopiero związków przyczynowych pewna proporcyonalność, pewien stały stosunek w rozwoju, czego, już nawet wobec moich niezbyt licznych spostrzeżeń, trudno się na przyszłość spodziewać w przypadkach tzw. przerostu gruczołu krokowego. — Przypuścić zaś, że działał tu wpływ większej i dłużej trwającej żywotności jąder dużych, ale od dojścia do dojrzałości już równolegle z gruczołem krokowym się nie rozwijających, lecz zachowujących te same rozmiary, podczas gdy gruczoł krokowy rósł jeszcze dalej, byłoby to narazić się na zapytanie: „Dlaczego ta większa żywotność jąder, zachowujących stałe rozmiary, nie wywierała swego wpływu na gruczoł krokowy wcześniej i ciągle, — dlaczego przerost gruczołu krokowego rozwinął się dopiero w późnym wieku, w 30 lub 40 lat po dojrzałości, pomimo, że przyczyny, mające i mogące go wy-

wołać, t. j. większa żywotność jąder, były zawsze te same?" Na pytanie to nie znajduję w pracy Dra Motza bezpośredniej i całkowitej odpowiedzi; w myśl jednak zapatrywań jego jedyną bodaj możebną odpowiedzią byłoby chyba przypuścić, że czynnikiem wywołującym, wyzwalającym niejako utajoną energię zapasową, było przekrwienie narządów płciowych, które przechyliło szalę równowagi fizyologicznej, w gruczole krokowym, na rzecz przerostu dopiero w chwili rozwoju miażdżycy dużych pni tętniczych. — W takim jednak razie jakże wytłómaczyć bardzo ciekawe spostrzeżenie, ogłoszone, (jeśli mnie pamięć nie myli, przez Manassego), w którem „przerost" gruczołu krokowego rozwinął się w kilkanaście lat po obustronnem doszczętnem wytrzebieniu. W wytłómaczeniu tego przypadku uciekać się nie można do wpływu, większej żywotności jąder. W takim razie, jako czynnik przyczynowy, pozostawałaby tylko miażdżyca tętnic (przez samego Dra Motza uważana za czynnik wzmacniający „przerost" ale nie za jedyną przyczynę), — jeżelibyśmy nie chcieli zwrócić się do owych czynników, nieznanych dokładnie, o których w pracy swojej wspomina Dr. Motz [9]). — Jeżeli jednak przyjmiemy, że tymi nieznanymi czynnikami są wykazane przezemnie sprawy zapalne, wówczas przypadek ten nie przedstawia nic zagadkowego, jak to obszerniej w ukazującej się właśnie pracy wywodzę [10]).

Podobnie, jak z większą częstością wyższych stopni „przerostu" gruczołu krokowego u osobników z większemi jądrami, ma się, mojem zdaniem, rzecz, z równoczesną nieumiarowością jąder i powiększonego gruczołu krokowego, wykazaną dobitnie w kilku spostrzeżeniach przez Dra Motza. Dwa moje spostrzeżenia, wspomniane powyżej, w których istniała lekka nieumiarowość prawidłowego gruczołu krokowego, odpowiadająca prawidłowej nierówności (asymetryi) jąder, — tłómaczą, jakie znaczenie mają przypadki Dra Motza. I tu, w czasie „przerostu", ta strona gruczołu krokowego rozwinęła się silniej, gdzie z natury było więcej, jak się wyraziłem, materyału budulcowego, a więc strona większego jądra. —

Pozostaje jeszcze rozpatrzeć większą częstość miażdżycy tętnic obwodowych u osobników, dotkniętych wyższymi stopniami „przerostu" gruczołu krokowego. Przyznaję, że jest to zastanawiający zbieg okoliczności; nie ośmieliłbym się jednak wnosić z tego o ich wzajemnym związku przyczynowym, a to z dwóch względów: Naprzód dlatego, że istnieją przypadki przerostu gruczołu krokowego (jeden z nich opisany przez Bohdanowicza; podobne spostrzegał Casper i ja także spotkałem), w których niema ani śladu miażdżycy w ustroju. Powtóre dlatego, że obecność miażdżycy tętnic kończyn, zwłaszcza stwierdzona tylko klinicznie, nie dowodzi jeszcze wcale istnienia miażdżycy w głównych pniach tętniczych ustroju; wprawdzie najczęściej zajmuje miażdżyca przedewszystkiem te ostatnie, ale zdarza się (acz wyjątkowo) i odwrotny stosunek, tj. miażdżyca niektórych rozgałęzień obwodowych, przy zupełnie prawidłowym stanie pni głównych. Stąd też wnioski, wysnute w tej sprawie przez Dra Motza, wymagają jeszcze koniecznie potwierdzenia zapomocą dokładnych badań anatomicznych z wagą i miarą w ręku.

Wreszcie mimochodem chciałem wspomnieć o sprawie przekrwienia, jako czynnika przyczynowego w tak zwanym przeroście gruczołu krokowego. Wiele przemawia za zdaniem prof. Guyona, że przekrwienie jest czynnikiem silnie usposabiającym do powikłań zapalnych w drogach moczowych u mężczyzn, dotkniętych powiększeniem gruczołu krokowego. — O ile jednak z dzieł prof. Guyona wnosić wolno, ma on na myśli przedewszystkiem przekrwienie bierne, zastój żylny. W tem też znaczeniu przytacza także Dr. Motz, jako przykład zmian anatomicznych, powstających wskutek przekrwienia, tak zwaną „foie cardiaque", zmiany wątroby przy wadach serca. — Pojęcie przekrwienia biernego nie da się jednak, według panujących zapatrywań, w żadnym przypadku sprowadzić do bezpośrednich skutków sprawy miażdżycowej w tętnicach; nie uważano go też dotychczas za warunek wywołujący, lub choćby sprzyjający, prawdziwemu przerostowi narządów. — Tak zwany „przerost" gruczołu krokowego, nie jest zresztą, jak to oddawna wykazano prawdziwym przerostem. — Z drugiej strony pod wpływem długotrwałego lub często się powtarzającego przekrwienia biernego, należałoby oczekiwać w gruczole krokowym tego, co się w podobnych przypadkach dzieje w innych narządach, to jest rozlanego, jednomiernego we wszystkich częściach zaniku tkanki właściwej, w tym przypadku gruczołowej, i równoczesnego ściągania się i kurczenia jednomiernie we wszystkich częściach rozwijającej się tkanki łącznej, co ostatecznie bardzo rychło musiałoby sprowadzić ogólne jednostajne pomniejszenie się narządu. Przykładem tego jest właśnie wątroba, a jeszcze więcej, zbadana dokładnie przez Schmausa i Horna nerka marska zastoinowa *(cirrhosis cardiaca hepatis et renum, cirrhotische Stauungsniere).* — Czegoś podobnego w gruczole krokowym ani Dr. Motz [1]), ani ja, nie zauważyliśmy; w przypadkach tak zwanego „przerostu" niema tam ani rozlanego *(diffus)* zaniku rozgałęzień gruczołowych, ani rozlanych spraw łączno-tkankowych. Przeciwnie, jak gdzieindziej wykazuję [2]), znamienną cechą tych ostatnich w powiększającym się gruczole krokowym, jest ogniskowe, rozsiane pojawianie się.

W bardzo ciekawych spostrzeżeniach, ogłoszonych przez Dr. Motza, dopatruję się więc ostatecznie potwierdzenia wykazanego przezemnie zapalnego pochodzenia powiększenia gruczołu krokowego, zwanego „przerostem", a zarazem sądzę, że wnioski, jakie Dr. Motz ze swych spostrzeżeń wywodzi, powinnyby uledz pewnym zmianom, w każdym zaś razie, wymagają co najmniej dalszych jeszcze badań i to anatomicznych.

Tych kilka uwag podyktowała mi chęć bezstronnego ile możności rozpatrzenia zagadnień, któremi i u nas w ostatnich czasach żywo się zajęto [3]). Nie tylko nie mam zamiaru rozpoczynać sporów, ale przeciwnie, chciałbym dane, na pozór sprzeczne, sprowadzić do wspólnego mianownika. Dlatego, gdyby nawet Dr. Motz uważał za stósowne na te moje uwagi odpowiedzieć, wówczas pozostawiając mu, jako poniekąd przezemnie zaczepionemu, prawo ostatniego głosu, żadnej polemiki, aż do chwili zgromadzenia liczniejszych nowych danych, nie podejmę.

Paryż w styczniu 1898.

[9]) l. c. Nr. 1. Str. 2. lewa kolumna.
[10]) Przegl. chirurg.

[1]) Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. „Przegląd lekarski" 1897 Nr. 2 4. 5.
[2]) l. c.
[3]) Wykład prof. Rydygiera w Towarz. lek. galic., oraz odnośne rozprawy. „Przegląd lekarski" 1897 Nr. 52.

IV. Oceny i sprawozdania.

Motz: **Budowa drobnowidowa przerosłych gruczołów krokowych po zabiegach na jądrach**. Troyes 1897 stron 17.

Badania drobnowidowe gruczołów krokowych u osobników, zmarłych w jakiś czas po wytrzebieniu i pokrewnych zabiegach, w tym celu zastósowanych, aby wywołać zanik powiększonego gruczołu krokowego, mają wielką doniosłość teoretyczną i praktyczną: pierwszą dlatego, ponieważ mogą rzucić jakieś światło na patogenezę tak zw. przerostu stercza i na charakter wpływów, które czynność jąder ma podobno wywierać na stan gruczołu krokowego; drugą zaś, ponieważ możnaby z nich poczerpnąć pewniejsze wskazówki o wartości klinicznej wytrzebienia i pokrewnych zabiegów u ludzi, dotkniętych tak zw. przerostem gruczołu krokowego.

Niestety dotychczas posiadamy badań dotyczących bardzo mało, a i te, które ogłoszono, mają wartość bardzo rozmaitą; stąd też każde nowe spostrzeżenie posiada znaczenie wcale doniosłe.

Dr. Motz, przytoczywszy w dosłownem tłómaczeniu wszystkie dotąd ogłoszone przypadki, t. j. dwa Whitego, po jednym Griffithsa, Kelseya i Guelliota, czyni słuszną uwagę, że tylko dwa ostatnie zostały zbadane pod drobnowidem dość ściśle i opisane umiejętnie, podczas gdy w 3 pierwszych opis zmian drobnowidowych pozostawia bardzo wiele do życzenia. Do tych 5 spostrzeżeń dodaje Dr. Motz własne, szóste z rzędu. Badania dokonano w 8 dni po wycięciu obustronnem przewodów nasiennych i stwierdzono istnienie „przerostu" gruczołu krokowego miernego stopnia. Pomijając wyniki badania nerek i pęcherza, w którym, obok tak zw. włóknistego zwyrodnienia ściany, wykryto oznaki sprawy zapalnej, przytoczę dokładniej tylko obraz drobnowidowy, znaleziony w gruczole krokowym, jako rzecz główna. Już gołem okiem widać na przekrojach gruczołu krokowego rozszerzenie przestrzeni gruczołowych; tkanka podścieliskowa dość skąpa; pod drobnowidem zajmują gruczoły 2/3 części skrawka. Jedne z gruczołów są wielkie, znacznie rozszerzone, oddzielone wązkiemi smugami podścieliska; inne przypominają gruczoły gronowe i rozsiane są niejednostajnie wśród podścieliska. Wyściółka przybłonkowa rozszerzonych przestrzeni gruczołowych zachowała się zaledwie wyjątkowo w stanie prawidłowym; w przeważnej bowiem części przestrzeni gruczołowych przybłonek jest nizki, raczej sześcienny, niż walcowaty. W innych gruczołach można stwierdzić jakby lekkie pomnożenie warstw przyściennego przybłonka. W podścielisku, zbudowanem zresztą prawidłowo, widać miejscami nacieki drobnokomórkowe.

Z badań swoich wnosi słusznie Dr. Motz, że w przypadku tym istniały zmiany w budowie ściany pęcherzowej, i że w gruczole krokowym nie można stwierdzić ani śladu zaniku. Wogóle zaś ze wszystkich znanych dotąd przypadków nie można nic pewnego wnosić. Griffiths miał stwierdzić w 18 dni po obustronnem wytrzebieniu zwyrodnienie tłuszczowe przybłonków gruczołowych. Inne badania, dokonane w 39 dni po obustronnem wytrzebieniu (Kelsey), oraz w 17 i 24 dni po obustronnem wycięciu przewodów nasiennych, nie dały żadnych wskazówek, świadczących o wystąpieniu zaniku gruczołu krokowego, zupełnie podobnie, jak w przypadku Motza.

Z przyjemnością stwierdzam, że wynik sumiennych badań Dr. Motza jest zupełnie zgodny z tem, co znalazłem w podobnym, badanym przez siebie przypadku, który byłby siódmym dotąd ogłoszonym [1]). I ja również, po wykonaniu wytrzebienia po jednej, wycięcia przewodu nasiennego po drugiej stronie, nie znalazłem w gruczole krokowym jakichkolwiek zmian, mogących znamionować początek zaniku; jeżeli zaś one istniały, to były zupełnie zagłuszone i zakryte przez obraz, cechujący według moich badań tak zw. przerost gruczołu krokowego. *Ciechanowski.*

[1]) Przypadek ten, pochodzący z krakowskiej kliniki chirurgicznej, objęty jest pracą moją, wychodzącą właśnie w „Przeglądzie chirurgicznym".

V. Wyciągi.

Paschkis: **O zastosowaniu kseroformu w chorobach skóry i narządu płciowego.** (*Wien. klin. Rund.* 1897 Nr. 42). Kseroform stanowi lekki, drobny, żółtawy, nierozpuszczalny, i bezwonny proszek, łatwo rozsypujący się w pył.

Autor stósował go w 62 przypadkach wrzodu miękiego (wyleczenie w ciągu 1—4 tygodni), oprócz tego w wielu przypadkach opryszczków (*herpes*) napletka, wrzodu twardego, wrzodu podudzia i oparzeń 2go stopnia. Wyniki, jakie osiągnął, były nadzwyczaj korzystne, bo nawet w tych przypadkach, w których już przedtem stósowano bezskutecznie inne środki, n. p. jodoform, siarkan miedziowy, osiągnięto w krótkim czasie zupełne wyleczenie. Wrzody szybko się oczyszczały i nawet przy głębszych utratach istoty, pokrywały zdrową ziarniną.

Korzystną nadzwyczaj okolicznością jest to, że kseroform nie działa żrąco, ani nie tworzy strupa, ułatwiającego zatrzymanie wydzieliny. Temu też przypisać należy, że tak rzadko przychodziło do zajęcia gruczołów. *Lewkowicz.*

Dr. W. Görlitz: **O rumieniu węzłowatym** (*erythema nodosum*). (*Münch. med. Woch.* 1897, 46). Autor spostrzegał w ostatnich czasach trzy przypadki tego cierpienia, któremu towarzyszyły ciężkie powikłania ze strony serca i opłucnej. Zestawiwszy także poprzednio spostrzegane przypadki na klinice prof. Starcka w liczbie 30, przychodzi do wniosku, że rumień węzłowaty jest chorobą występującą pod postacią ostrej choroby zakaźnej; gdy istnieje obok niedokrewności, gośćca lub jakiej innej choroby zakaźnej, nie zdaje się być wtedy następstwem tego stanu chorobowego, ale rozwija się skutkiem skłonności przez tę chorobę wywołanej. Nie spostrzegał jednak G. nigdy tego cierpienia w przebiegu kiły, jak to tak często opisuje Lewin; wspomina natomiast o nagminnem występowaniu, coby jeszcze dobitniejszym było dowodem zakaźności tej choroby. *F. K.*

Doc. Dr. M. Zeissl: **O leczeniu kiły.** (*Wiener medicinische Fresse* 1897, 47). Autor jest zdania (o czem i szkoła krakowska poucza), że leczenie kiły rtęcią należy rozpoczynać dopiero po wybuchu objawów ogólnych, opierając się na doświadczeniu, że rtęć przedtem podawana spóźnia tylko wybuch zmian ogólnych, ale ich nie usuwa, że wtedy występują łatwiej nawroty i zmiany późne, wreszcie, że w nawrotach użyć musimy znacznie większych ilości rtęci dla usunięcia zmian. Doświadczenie poucza nas również, że często wśród leczenia rtęcią występują świeże zmiany kiłowe coby dowodziło, że rtęć nie jest swoistym lekiem przeciwkiłowym. — Co do długości okresu podawania rtęci, to twierdzi Z., że stosuje ten lek tylko wtedy, gdy zmiany kiłowe istnieją czy to na skórze lub błonach śluzowych, czy też pod postacią kiły dzieci już z chorobą urodzonych. — Leczenie przeciągłe Fourniera odrzuca autor zupełnie, bo nie ma ono, wedle jego zdania, tego znaczenia, które mu przypisują, na dowód czego przytacza Z. przypadki zakończone w krótkim czasie bardzo niepomyślnie, mimo dokładnego kilkuletniego leczenia przeciągłego.

Lagrange et Cosse: **Porownanie działania holokainy i kokainy w okulistyce.**

(*Recueil d'ophtalm.* 1897 No 11). Jako środek miejscowo znieczulający, zamiast kokainy, polecano w ostatnich czasach dość gorąco eukainę, tropakokainę i holokainę, a zwłaszcza tę ostatnią, otrzymaną z początkiem r. 1897 przez Täubera w Berlinie. *Holocainum hydrochloricum* przedstawia białe igiełkowate kryształki, które rozpuszczają się mało w zimnej, łatwiej w gorącej wodzie, są smaku gorzkiego i oddziałują obojętnie. Używanie tego przetworu w okuli-

styce, zalecał zwłaszcza Hirschberg, Kuthe i Gutmann w Niemczech, a we Francyi pierwszy Berger. Wszyscy przyznają mu nad kokainą pewną wyższość, polegającą na tem, że znieczulenie miejscowe występuje szybciej i trwa dłużej, że nie rozszerza źrenicy i nie wpływa ani na akomodacyę, ani na ucisk śródoczny. Prócz tego, twierdzą niektórzy, że nie sprawia wysychania i łuszczenia przybłonka rogówki (Berger) i że działa antyseptycznie (Heinz, Schloesser).

W obec tych zachęcających spostrzeżeń autorowie przedsięwzięli szereg doświadczeń w uniwersyteckiej klinice okulistycznej w Bordeaux, w ten sposób, że wybierali przypadki, w których u tego samego chorego na obu oczach była wykonana podobna operacya, stosując na jednem oku roczczyn holokainy 1:100, na drugiem kokainy 2·5:100. Zebrali ogółem 50 spostrzeżeń następujących: a) w 23 przypadkach silnego zapalenia spojówek osiągnięto za pomocą 10 kropli holokainy daleko wybitniejsze znieczulenie niż za pomocą kokainy tak, że przyżeganie kamieniem piekielnym *in substantia*, oraz kamieniem sinym, było zupełnie prawie nie bolesnem, jedynie w 1 przypadku szczoteczkowania spojówki, jaglicą dotkniętej, pomimo 15 kropli holokainy, ból był tak dotkliwy, że zabiegu musiano dokończyć w narkozie chloroformowej. b) w 15 przypadkach, w których wykonano rozmaite drobne operacye na częściach dodatkowych oka, spojówce zresztą prawidłowej lub rogówce, wyjęcie n. p. obcego ciała z rogówki było zupełnie niebolesnem, chory nie czuł nawet dotknięcia już po zapuszczeniu 2 kropli kokainy. Przy operacyi zeza, na oku operowanem pod holokainą, stwierdzono mniejszą bolesność niż na oku kokainizowanem. Toż samo przy operacyi skrzydełka *(pterygium)* i jęczmyka stwardniałego *(chalaezon)*, a przy amputacyi przedniego odcinka gałki metodą Weckera otrzymano, po zapuszczeniu 6 kropli holokainy do worka spojówkowego i wstrzyknięciu 6 kropli pod spojówkę, kompletne znieczulenie.

c) Przy 7 większych operacyach zaćmy, irydektomii i sklerotomii również znieczulenie było wystarczającem i nie przedstawiało zresztą nic szczególnego w porównaniu z kokainą.

Spostrzeżenia te przemawiają zatem, że holokaina działa znieczulająco na oko prawidłowe mniej więcej w tym samym stopniu, co kokaina, lecz za to w znacznie wyższym na spojówki, będące w stanie zapalnym. Na źrenicę, akomodacyę i ucisk śródoczny nie wpływa lub podnosi ten ostatni bardzo nieznacznie i przemijająco. Nie wywołuje wyschnięcia przybłonka rogówkowego, a krwawienie przy operacyach na spojówce zdaje się być mniejsze niż przy kokainie. W obec tego, sformułowali autorowie następujące wskazówki praktyczne:

1) Holokaina w rozczynie 1 na 100 oddaje szczególniejsze usługi tam, gdzie spojówka znachodzi się w stanie zapalnym i gdzie tem więcej chodzi o dokładniejsze znieczulenie.

2) Przewyższa kokainę przy operacyach zezu, jęczmyka stwardniałego *(chalazeon)* skrzydlika, lub przy wyjmowaniu obcych ciał z rogówki, przyczem można bez obawy wstrzyknąć pod skórę lub też pod spojówkę 4 do 8 kropli rozczynu 1:100.

3) Kokainie natomiast w rozczynie 2—3% należy oddać pierwszeństwo przy wszystkich tych zabiegach na gałce ocznej, przy których obniżenie ucisku śródocznego jest pożądanem.

4) Do operacyi zaćmy lub irydektomii, jeżeli nie ma jakiegoś szczególniejszego wskazania, najlepiej używać mięszaniny holokainy z kokainą według następującej formułki: *Rp. Holocaïni hydrochlor. 0·05, Cocaïni hydrochl. 0·10, Aqu. dest. 10·0.* *Dr. Langie.*

W. Winternitz: **Leczenie otyłości zabiegami fizycznymi.** *(Blatt. f. klin. Hydr.*, 1897, Nr. 12). Z używanych obecnie sposobów leczenia otyłości, metoda dyetetyczna (Harvey-Banting, Ebstein) zbyt wiele wymaga od chorych panowania nad sobą, a ponadto jest czasem wprost niebezpieczna. Metoda organoterapeutyczna jest wolną od pierwszego błędu, bo działa przez wzmożenie utleniania w ustroju; dotychczasowe jednak doświadczenia pozwalają wątpić, czy uda się kiedykolwiek substancye działające, otrzymywane z martwych narządów, uwolnić od toksyn i innych wytworów, wywołujących wcale niepożądane działania uboczne.

Idealną metodą byłaby taka, któraby, bez ograniczenia dyety, usuwała zbyteczny tłuszcz przez wzmożenie fizyologicznego zużywania jego w ustroju. Tym postulatom czyniłaby zadość praca mięśniowa; ma ona jednak tę wadę, że podwyższa ciepłotę ustroju i przez to wywołuje rozpad białka tkanek. Temu jednak można zaradzić przez poprzednie oziębienie ustroju, które prócz tego oddziaływa bardzo korzystnie na narząd krążenia, układ nerwowy i wymianę materyi. Bardzo pomocnymi mogą być zabiegi napotne, które ułatwiają wessanie tłuszczu przez swoje działanie na układ krążenia, a przez powiększenie ilości białka, krążącego we krwi (C. Schmidt), chronią białko tkanek od rozpadu.

W. podaje następujący szemat leczenia:

Wcześnie rano chory poddaje się wzmożonemu poceniu w skrzyni parowej, poczem następuje energiczne oziębienie w postaci nacierania z polewaniem (Lakenbad), lub półkąpieli 18—16—14°, a wreszcie praca mięśniowa w wzmagającem się stopniowaniu.

Przedpołudniem niektórzy chorzy biorą jeszcze zabieg zimny (natrysk, nasiad), a popołudniu, u osobników odpowiednio wdrożonych, stosuje się podobną procedurę, jak rano, tylko w innej postaci (wilgotne lub suche otulenie z następową kąpielą pełną, zimną lub t. p.).

Znakomitym środkiem napotnym okazała się polecana przez Amerykanina Kellogga[1]) elektryczna kąpiel świetlna.

Dyety W. nie ogranicza ilościowo, ani jakościowo: każe tylko spożywać w małych ilościach naraz i ostrzega przed piciem ciepłych płynów.

W. otrzymał zapomocą tej metody, którą uważa za jedyną istotnie fizyologiczną świetne wyniki w setkach przypadków. Dokładnej statystyki nie podaje.

Dr. Eugeniusz Piasecki.

Prof. Poppert: **O ropieniu około nitek jedwabnych z uwagami o bezgnilnem traktowaniu ran** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 49 r. 1897). Mniejsza lub większa zdolność ran do gojenia się przez rychłozrost zależy, zdaniem autora, przeważnie od właściwości tkanek, w których się znajduje rana.

Zupełne uchronienie rany od zanieczyszczenia drobnoustrojami autor uważa za niemożliwe. Chcąc operować aseptycznie, w ścisłem znaczeniu wyrazu, musielibyśmy oczyścić ręce nasze i pole operacyjne tak dokładnie, jak to czynimy z narzędziami i jedwabiem, używanym do szycia rany; to zaś, przynajmniej jak obecnie, jest niewykonalnem. Jako przykład, że, mimo pewnego zanieczyszczenia, rana goić się może zupełnie pomyślnie, przytacza autor 150 laparotomij, wykonanych przez siebie w ostatnich dwóch latach, z powodu chorób żołądka, jelit i pęcherzyka żółciowego, przy których, wobec otwierania tych narządów, nie można było uniknąć wydobycia się z nich treści, zawierającej drobnoustroje, a przecież w żadnym przypadku nie przyszło do zapalenia otrzewnej. Po innych zabiegach, jako to: odjęciu sutka, operacyi przepukliny udowej u osób dorosłych, lub pachwinowej u dzieci, nie spostrzegał autor również wcale ropienia, podczas gdy po operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej u dorosłych, występował często przesącz surowiczy, powstawało ropienie około jedwabnych szwów węzełkowych, łączących powięzie mięśni brzusznych, wreszcie tworzyła się przetoka, przez którą szwy głębokie wraz z ropą wydostawały się na zewnątrz. Ponieważ, przy wszystkich zabiegach, zasady czystości zachowywano jednakowo, starając się niebezpieczeństwo zakażenia z zewnątrz ograniczyć do *minimum*, a mimo to rany po operacyi przepuklin pachwinowych u dorosłych okazywały większą niż inne skłonność do ropienia,

[1]) Fortschritte der Hydrotherapie. Wien 1897, pag. 126.

przeto główną przyczynę niepomyślnego przebiegu pooperacyjnego upatruje autor w słabem unaczynieniu i małej zdolności chłonienia, jaką posiadają powięzie, tkanki ścięgniste, które zeszywamy przy operacyi przepukliny pachwinowej. Skutkiem silnego, a w przypadkach ropienia prawdopodobnie za silnego, zawęźlenia szwów jedwabnych, powstaje łatwo, zdaniem autora, obumarcie tkanki szwem uciśniętej. Tkanka ta, o ile nie zostanie szybko wessaną, drażni otoczenie jako ciało obce i wywołuje najpierw przesącz surowiczy, później zaś ropienie. Wynikiem tego sposobu zapatrywania było, że przy całej seryi przepuklin pachwinowych (30 przypadków), autor zawęźlał szwy głębokie tylko luźnie, unikając zgniecenia tkanki; wszystkie przypadki tak operowane zgoiły się przez rychłozrost.

Za pierwszy warunek dobrego gojenia się ran uważa P. takie postępowanie, przy którem tkanki pozostają odporne, a drobnoustroje, chociażby się dostały do rany, nie znajdują w niej podłoża, sprzyjającego ich rozwojowi. Zaleca zatem nie drażnić rany ani mechanicznie ani też chemicznymi środkami przeciwgnilnymi, bo takie postępowanie sprowadza obumarcie cząstek tkaniny. Co do sprawy, kiedy należy ranę sączkować, tamponować lub zaszyć zupełnie, mniema P., że ścisłe indywidualizowanie, z uwzględnieniem nietylko wieku i stanu zdrowia chorego, lecz także i właściwości tkanek otaczających ranę, może dać lepsze wyniki, niż trzymanie się pewnego stałego szablonu. Musimy się liczyć z odpornością ustroju, jako z tym czynnikiem, który uzupełnia braki w naszem bezgnilnem postępowaniu; a ponieważ zdolność tkanek do wchłaniania części obumarłych i odżywienie tkanek jest róznem nietylko u różnych ludzi, ale i w rozmaitych częściach ustroju tego samego osobnika, przeto też i nasze postępowanie powinno się zmieniać w miarę tego, z jakim chorym i z jakim narządem mamy do czynienia. *Piotrowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

V. Posiedzenie Rady zawiadowczej z dnia 23. X. 1897 roku.
Przewodniczący: Dr. Merunowicz. Obecni: Dr. Bylicki, Festenburg, Lachowicz, Świątkiewicz, Uhma, Zgórski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia:

a) że poczynił starania, by kwotę złr. 4,900 fundacyi Stillerowskiej, która była intabulowana na realności masy spadkowej Stillerów na stryjskiem, a po zlicytowaniu tej realności, spadła z tabuli, wydobyć z innych funduszów tej masy.

b) o procesach, wytoczonych przez dzierżawcę propinacyi morszyńskiej, a to, 1) za trzymiesięczne opóźnienie w oddaniu mu odnawianej karczmy na Wyhadówce, i 2) za rzekomą wysprzedaż trunków w zakładzie zdrojowym.

c) o nastręczającej się możności zakupna domu dla Towarzystwa w śródmieściu, a w warunkach mało kapitału angażujących; zwrócono się w tej sprawie o opinię do znawców.

3) Dzierżawcy folwarku w Morszynie wnieśli prośbę o upust tenuty dzierżawnej, z powodu klęski nieurodzaju. Uchwalono zasięgnąć w tej sprawie opinii u sąsiednich obywateli.

4) Uchwalono dla czterech wdów po lekarzach zapomogi w łącznej kwocie 205 złr. (Dotąd w roku 1897: złr. 2370 rozdano na zapomogi).

5) Podaniu zubożałego starca, doktora medycyny, który nie był członkiem Towarzystwa, musiano odmówić, bo Towarzystwo nie ma na ten cel funduszów.

Dr. Uhma, sekretarz gener.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 19 Stycznia 1898.
Przewodniczy: kol. Surzycki. — Członków obecnych 29.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na wniosek komitetu przyjęto w poczet członków czynnych Tow. lek. koll.: Ksawerego Lewkowicza i Jana Landaua.

3) Kol. prezes, w myśl brzmienia statutu, zawiadamia o przejściu kol. Krokiewicza z grona członków Tow. lek. gal. do Tow. lekar. krakowskiego.

4) Z porządku dziennego odczytują:

Skarbnik Tow. lek. kol. pr. Zarewicz sprawozdanie kasowe; sekretarz stały, kol. Sroczyński, sprawozdanie z czynności i ruchu Tow. lek. za rok 1897; administrator „Przeglądu lek.“, kol. Raczyński, sprawozdanie z administracyi „Przeglądu“; w zastępstwie nieobecnego bibliotekarza, kol. Surzycki, sprawozdanie biblioteczne; kol. Mars sprawozdanie Komisyi budowy domu dla Towarzystwa; kol. Sroczyński, w zastępstwie nieobecnego kol. Śliwińskiego, sprawozdanie Komisyi przemysłowej Tow. lek.; kol. Surzycki w zastępstwie nieobecnego kol. Trzebickyego sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa; kol. Browicz sprawozdanie Komisyi słownikowej.

Na zapytanie kol. Marsa, kiedy można się spodziewać wydania słownika, objaśnia kol. Browicz, że termin ten dokładnie oznaczyć się nie da; usilnem jednak staraniem Komisyi jest, by nastąpiło to jak najprędzej. Wszystkie odczytane sprawozdania przyjęto do wiadomości jednogłośnie; skarbnikowi Tow. i administratorowi „Przeglądu“ udzielono absolutoryum na wniosek Komisyi kontrolującej (koll. Gwiazdomorski i Mączka). Na wniosek kol. Gwiazdomorskiego podziękowano przez aklamacyę ustępującemu skarbnikowi, kol. Zarewiczowi, za sumienną i gorliwą pracę na tem stanowisku w ciągu 18 lat.

Następuje dokończenie etyki lekarskiej, którą z małymi zmianami w całości przyjęto.

Po wyczerpaniu porządku dziennego ustępujący prezes kol. Surzycki, w krótkiem przemówieniu, streścił swą działalność w ciągu dwuletniego prezesostwa, wymieniając sprawy wybitniejsze; jeśli zdołał pokonać wielkie trudności, to musi tu wyrazić wdzięczność komitetowi, który go życzliwie i energicznie wspierał.

Nowo wybrany prezes, kol. prof. Jakubowski, w krótkich słowach dziękuje kol. Surzyckiemu w imieniu Tow. za jego pełną gorliwości pracę na stanowisku przewodniczącego.

Obecni długotrwałymi oklaskami dziękowali i żegnali ustępującego prezesa.

Sekretarz: *Dr. Borzęcki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Warszawa. Styczeń, 1898.

Od czasu mojej ostatniej korespondencyi, ubyło kilku wybitniejszych pracowników z szeregu naszych lekarzy. Najdotkliwszą stratę ponieśliśmy przez śmierć ś. p. Krysińskiego. Był to człowiek niepospolitej wiedzy i żelaznej wytrwałości, — osobistość wielce oryginalna. Towarzystwo lekarskie utraciło w nim najgorliwszego członka, który zawsze pierwszy przychodził na posiedzenia, z uwagą słuchał całego przebiegu rozpraw i brał w nich żywy udział, zdradzając w każdem odezwaniu się głęboką i rozległą wiedzę, poszanowanie nauki i miłość prawdy. Krysińskiego nazwał ktoś trafnie Sumieniem Towarzystwa. Nie przepuścił on nikomu żadnego uchybienia przeciwko prawdzie i ścisłości naukowej, żadnego wykroczenia przeciwko czystości języka, jak również nie zaniedbał nigdy gorących słów uznania dla rzetelnej wiedzy i pracy. Łatwo mu to przychodziło, gdyż był bardzo wymowny, mówił pięknie i z temperamentem. Ta pochopność do ostrej krytyki zrobiła mu wielu nieprzyjaciół, ale bardzo dodatnio wpływała na podniesienie poziomu rozpraw w Towarzystwie. Każda sprawa, dotycząca tego ostatniego, znajdywała w Krysińskim gorącego rzecznika;

znanym jest powszechnie jego udział w ustanowieniu nowego regulaminu Towarzystwa, komisyi bibliotecznej i t. d. Nic więc dziwnego, iż członkowie Towarzystwa uchwalili zawieszenie jego portretu w sali posiedzeń. Z prac naukowych Krysińskiego najtrwalszym pomnikiem będzie „Słownik anatomiczny“, całkowicie przez niego ułożony i mający być wydanym nakładem kassy Mianowskiego.

Jestto tłómaczenie znanego słownika Hissa, z dodaniem bardzo szczegółowego słownika etymologicznego. Śmierć zaskoczyła Krysińskiego przy korekcie pierwszego arkusza tej imponującej pracy. Wydanie tej spuścizny po ś. p. Krysińskim wziął na siebie kol. Stanisław Markiewicz przy współudziale kolegów A. Puławskiego, B. Sawickiego i A. Śmiechowskiego. Druk słownika będzie ukończony w końcu r. b.

Ś. p. Jan Sawicki, lekarz z Grajewa, był autorem kilku dobrych prac z dziedziny fizyologii i należał do nielicznej garstki tych lekarzy-idealistów, którzy, obok ciężkiej pracy zawodowej, znajdują czas na zajmowanie się sprawami czystej nauki, na wybieganie myślą poza szranki codziennych interesów życiowych. Cześć im!

Wybory w Towarzystwie zajęły nam parę wieczorów. Jest-to coroczna danina, jaką się składa Molochowi ambicyi pewnych kółek, które chcą koniecznie „przeprowadzić“ swoich kandydatów na różne godności w Towarzystwie. Czy nie byłoby lepiej na niektóre przynajmniej urzędy wybierać corocznie nowych ludzi? Dałoby się przez to możność obznajmienia ze sprawami towarzystwa szerszemu kołu członków i zarazem uczyniłoby się zadość ambicyi ludzkiej łatwiej niż teraz, gdy wszelkie godności dostają się zwykle ograniczonemu kółku wybrańców.

Organ naszego Towarzystwa — *Pamiętnik* — ulepsza się ciągle pod względem treści i grubieje w objętości nieproporcyonalnie do liczby prenumeratorów. Drugi nasz „archiw“ specyalny — *Przegląd chirurgiczny* — istnieje tylko dzięki ofiarności jego wydawcy, kol. Krajewskiego. Dlatego zdziwiła nas niepomiernie pogłoska (w *Now. lekarskich*) o zamiarze wydawania nowego „archiwu“ u was. Czyż nie byłoby właściwiej i praktyczniej skupić siły naukowe koło dwóch już istniejących polskich archiwów, zasilać je pracami, a zwłaszcza... prenumerować i czytać, niż stwarzać trzeci „archiw“? Zkąd brać autorów i... prenumeratorów? *Pamiętnik* pod względem taniości może iść w zawody chyba tylko z wydawnictwami ludowemi (3 ruble rocznie z przesyłką). Pod względem wartości stoi on tak wysoko, jak tylko u nas „archiw“ naukowy stać może, chętnie otwiera swe podwoje dla wszelkiej pracy wartościowej, nie oglądając się na koszta wydawnictwa (rysunki, tablice i t. d.). *Pamiętnik* dał swoim prenumeratorom bibliografię literatury lekarskiej polskiej za lat 60, a corocznie daje streszczenie wszystkich prac lekarskich polskich, redagowane przez ludzi kompetentnych, a jednak... w Galicyi można policzyć na palcach jego prenumeratorów, a i u nas, poza członkami Towarzystwa, którzy muszą *Pamiętnik* prenumerować obowiązkowo, również niewielu liczy prenumeratorów płatnych. Czyż to nie jest przestrogą, iż nowy „archiw“ nie ma żadnych widoków powodzenia? Nie łudźmy się! polska medycyna współczesna nie jest tak bogatą, aby nie mogła się zmieścić w dwóch już istniejących „archiwach“, ani lekarze polscy tak pochopni do prenumerowania ściśle naukowych pism swojskich. Stokroć byłoby lepiej, powtarzam, popierać już istniejące „archiwy“, niż stwarzać nowy, skazany z góry na nędzne wegetowanie.

Skłonność do drukowania, a wstręt do prenumerowania i... czytania rzeczy własnych, jest cechą znamienną naszego ogółu lekarskiego.

Zapewne są niektóre dziedziny umiejętności lekarskiej, pewne specyalności, które domagają się już osobnego organu. Oto mamy przed sobą pierwszy zeszyt miesięcznika, wydawanego przez kolegę B. Dzierżanowskiego p. t. *Przegląd dentystyczny*. Sztuka dentystyczna znacznie się u nas już rozwinęła, sprawy obchodzące dentystów, jako zanadto specyalne, rzadko mogą być uwzględniane w pismach lekarskich; dlatego to zjawienie się takiego miesięcznika wydaje się nam zupełnie usprawiedliwionem. W pierwszym zeszycie znajdujemy obszerniejszy artykuł oryginalny samego redaktora, znanego już z kilku prac poważniejszych, jednę notatkę i kilka umiejętnie dobranych wyciągów, kronikę i sprawy zawodowe. Pokaźna liczba ogłoszeń, zdaje się, pozwoli pismu istnieć samodzielnie, bez szczególnych zapomóg i ofiar, jak to się praktykuje z większością naszych pism lekarskich.

Ze spraw szpitalnych, tak drogich dla każdego lekarza, mamy do zanotowania rozporządzenie Rady miejskiej o podwyższeniu etatu na żywienie chorych o 5 kopiejek dziennie na osobę. Jest to ważny krok naprzód w dziejach naszego szpitalnictwa. Brzmi to może dziwnie, ale tak jest; bo gdy na żywienie chorego można wydać zamiast 15 kop. — 20, to już ma się pewność, że cierpieć głodu nie będzie. Czyż to nie ważna reforma? Takich reform, niestety, należałoby przeprowadzić bez liku. Brak szpitali w całym kraju, a zwłaszcza w Warszawie, brak najpotrzebniejszych wygód dla chorych, nędzne uposażenie lekarzy i całej usługi szpitalnej, zaczęły dopiero od niedawna być przedmiotem krytyki publicznej. Polepszenie żywności dla chorych jest pierwszym faktem uwzględnienia tej krytyki. Gdyby w swoim czasie uwzględniono krytykę projektów nowego szpitala Dz. Jezus, nie mielibyśmy takich rozczarowań, jakich się doznaje na widok już rozpoczętej budowy nowego gmachu tego szpitala. Miejsce wybrano nieodpowiednie tak co do położenia jak i co do obszaru; nie poczyniono odpowiednich studyów przedwstępnych, nie uwzględniono wymagań lekarzy szpitalnych, jednem słowem pójdzie niemało grosza (przeszło milion rubli) na rzecz daleką od ideału, do którego przecież dążyćby należało.

O wiele lepszym będzie nowy szpital żydowski, którego projekt został szczegółowo opracowany nie drogą kancelaryjną, lecz przez grono ludzi fachowych, przy współudziale Towarzystwa lekarskiego, za inicyatywą zmarłego Dra Ludwika Natansona. Tak więc i na tem polu będziemy pobici przez żydów, którzy znajdując się w tych samych warunkach co i my, przecież potrafią sobie lepiej radzić. Naczelnym lekarzem szpitala żydowskiego zostanie znany okulista Zygmunt Kramsztyk, redaktor Krytyki lekarskiej. —

Z chorób, panujących w Warszawie, w ostatnich czasach, płonica zabrała kilka ofiar ze sfer znanych, co stało się przyczyną wielkiego popłochu wśród publiczności. Obecnie jednak epidemia ta słabnie liczebnie i jakościowo. Obok płonicy panowała odra, różyczka (*rubeola*), ta ostatnia często w postaci epidemii domowych, dalej gościec stawowy, zapalenie płuc i żółtaczka, — jednem słowem cała falanga chorób zakaźnych. Niektórzy przypisują to zbyt łagodnej zimie, przechodzącej prawie bez mrozu. Do odkażania mieszkań i rzeczy coraz częściej jest u nas stosowana formalina w postaci gazu, czem się specyalnie zajmuje kol. Leon Nencki, który przygotowuje pracę o tym przedmiocie.

Prawdzic.

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Ostatni temat rozpraw stanowiło: „Szerzenie się chorób zaraźliwych w zakładach kąpielowych i klimatycznych; środki ochronne

dla mieszkańców i gości takich miejscowości.

Za podstawę do wywodów służyły następujące wnioski:

1) Mniejszą jest możliwość, aby goście zawlekali choroby zaraźliwe do zakładów kąpielowych i klimatycznych, aniżeli odwrotnie.

2) W zakładach kąpielowych i klimatycznych muszą obowiązywać przepisy policyjno-sanitarne te same, co w innych, szczególnie ruchliwych miejscowościach.

3) Jednym z najważniejszych środków dla zapobieżenia przenoszeniu i szerzeniu chorób zaraźliwych, jest donoszenie o nich przez lekarzy.

Należy tedy nałożyć wszędzie na lekarzy obowiązek donoszenia o chorobach zaraźliwych, gdzie jeszcze ten obowiązek nie istnieje.

4) W każdym zakładzie kąpielowym i klimatycznym musi być przewidziana sposobność ku temu, by w danych warunkach można użyć przyrządu desinfekcyjnego.

5) W zakładach kąpielowych i klimatycznych muszą być ustanowieni dobrze wyuczeni desinfektorzy.

6. W zakładach kąpielowych i klimatycznych musi być postawiony stosowny budynek (trupiarnia, dom przedpogrzebowy) dla doraźnego pomieszczenia zwłok zmarłego gościa.

Sprawozdawcą był tajny Radca Dr. Battlehner. Przedstawia on ciekawy obraz stosunków głównie w Baden-Baden i zastanawia się nad pytaniem, jakich środków ma użyć zakład kąpielowy, celem zapobiegania chorobom zaraźliwym i dochodzi do wniosku, że w pierwszym rzędzie chodzi o ścisłe przestrzeganie ogólnych higienicznych warunków, jak: dobre mieszkanie, zdrowa woda do picia, porządne czyszczenie miasta i t. p; koniecznem jest, by istniała trupiarnia. Należy wodę do kąpieli badać bakteryologicznie. Sprawozdawca jest wreszcie za zaprowadzeniem ze strony państwa ustawy przeciwko wszelkiej zarazie. W rozprawie zaleca Gaffgy zaprowadzenie wodociągu i należytego odwodnienia. Dr. Neidthardt jest za utrzymywaniem izolacyjnej izby dla odosobnienia pierwszych przypadków chorób zaraźliwych.

Jeżeli obfity materyał, postawiony na porządku dziennym, budził ogólne zajęcie, to największą korzyść musiał każdy odnieść z oglądania urządzeń higienicznych, jakich miastu Karlsruhe może pozazdrościć nawet wiele miast niemieckich.

Karlsruhe, mające mało co więcej mieszkańców aniżeli Kraków, zbudowało sobie kosztem 3,000.000 Mk., jeszcze w roku 1871, wodociąg z wodą gruntową, który dziennie dostarczyć może 22,000 m³ razem, a na dobę i osobę około 140 m³. Największe dotąd spotrzebowanie wody w ciągu jednego dnia wynosiło około 22,000 m³, najmniej 6,828 m³. Spotrzebowanie wody oznaczają tylko w $^1/_3$ części zapomocą wodomierzy i w tym stosunku za nią opłacają; resztę wody każą opłacać w stosunku do czynszu. Zamiast wieży dla pomieszczenia zbiornika usypano kopiec, z którego rozległy roztacza się widok i na którym urządzono spacery, a doły, powstałe po wydobyciu ziemi na jego usypanie zamieniono w stawy.

Dla nieczystości kloacznych zaprowadzono prawie wyłącznie system dołowy. Przedsiębiorca prywatny pompuje je za opłatą od właścicieli domów po 80 fen. za 1 m³. i gromadzi je w murowanych dołach, skąd je po cenie 1—2 Mk rolnikom sprzedaje. Do kanałów wolno wyjątkowo wprowadzać nieczystości z wychodków, lecz te muszą być sposobem „Friedricha“ odwietrzane tak, że tylko części płynne dostają się do kanałów. Sieć kanałowa ma 68 km. długości i zbudowano ją kosztem około 4,000.000 Mk. Każdy właściciel nowego domu musi go połączyć przed udzieleniem pozwolenia na zamieszkanie z ogólną siecią kanałową. Mniejsze kanały są z betonu cementowego, większe murowane. Kolektor ma na dnie rynienkę dla zwyczajnego odpływu, po bokach zaś jego są wygodne chodniki, któremi idąc, nie czuje się prawie kanałowej woni. Czyszczenie kanałów odbywa się zwyczajnie zapomocą wody najprzód spiętrzonej zapomocą stawideł, a potem nagle wypuszczonej. Do tego celu używają także wody z wodociągu, raz do roku także szufli, szczotek; piasek wydobywają z dna, jeżdżąc łódkami. Przewietrzanie kanałów odbywa się przez okna kanałowe, zapomocą otworów w głównym kanale, rynien, a prócz tego jedna część miasta ma kanały połączone z kominem budynku maszynowego łazienek miejskich. Plan zaprowadzenia kanałów spławnych dla odprowadzania wszystkich nieczystości kloacznych ma Karlsruhe opracowany, a Rząd nie sprzeciwia się temu, by je do Renu odprowadzać.

Szkoły nowsze są wzorowo urządzone. Sale szkolne mieszczą najwięcej 50 uczniów. Na 1 ucznia wypada 1,38 m² podłogi, a przestrzeni 4,9—5,7 m³ przy wysokościach 4,10 do 4,20 m. Powierzchnia oświetlająca okien wynosi $^1/_4$ część powierzchni podłogi. Światło dla sal starają się mieć północne, dla korytarzy południowe. Podłogi są z deszczułeczek dębowych fugowanych. Napuszczają je 3 razy olejem, jak są nowe, a potem raz co rok. Ściany do wysokości 1,20 m. mają okładki drewniane, reszta ścian wyklejona szaro zielonemi tapetami. Drzewa na ścianach, drzwi, okien i t. p. nie pociągają farbą olejną, tylko napuszczają je olejem i lakierują tak, że drzewo ma naturalną barwę utrzymaną. Ławki są dwusiedzeniowe, w trzech rzędach ustawione. Siedzenia są nieruchome; uczeń wywołany, wychodzi z ławki odpowiadając, gdyż i przejścia między ławkami są dostatecznie szerokie. Wielkość ławek, stósownie do wzrostu uczniów, jest sześcioraką. Budynek szkolny zaopatrzony jest w gaz i w wodociąg. Ogrzewanie odbywa się zapomocą pieców gazowych i ten sposób ogrzewania powszechnie sobie chwalą, gdyż jest tańszy, wymaga mniej obsługi i pozwala każdego czasu regulować łatwo ciepłotę. Sala gimnastyczna używana także jako sala zebrań. Wychodki w nowszych budynkach są wprawdzie osobno stawiane, ale są połączone na wszystkich piętrach zapomocą korytarzy z głównym budynkiem, i mają dobrze przewietrzane przedsionki i podwójne drzwi oszklone. Komórki są ze spłukiwaniem, podobnież i pisoary. Schody są z twardego piaskowca do 2 m. szerokie. Do przewietrzania służą kanały prowadzone z zewnątrz budynku do pieców, oprócz tego są otwory do kominów z klapami naprzeciw okien; w oknach zaś u góry są kwatery do otwierania i żaluzye szklane. W piwnicach urządzone są kąpiele tuszowe. W rozkładzie godzin wyznaczono dla każdej klasy godziny do kąpieli. W tych godzinach jest pisanie, albo podobny przedmiot. Co kwadrans udaje się do tuszu po 10 uczniów. Czy który z nich ma się kąpać, to zależy od woli rodziców. Kąpiele te służą w niektórych szkołach także jako kąpiele ludowe po 5 fen. od osoby. Ogrzewanie wody odbywa się zapomocą pieców gazowych osobnej konstrukcyi.

Stowarzyszenie dla dostarczania roboty, ma za zadanie bezpłatnie wystarać się o zarobek dla tych, którzy nie chcą żebrać. Na koszta zarządu składają członkowie najmniej po 20 Mk.; miasto i powiat po 100 Mk., państwo 1600 Mk. W roku 1896 wpłynęło podań 16700, z tych 16037 załatwiono ku zadowoleniu petentów.

Stowarzyszenie przeciwżebracze, wzięło sobie za zadanie dostarczać ubogim zaopatrzenie w naturze i nocleg, a w koniecznych przypadkach kupuje bilety jazdy ubogim podróżnym. Do wsparcia zgłasza się rocznie 6000—8000 ubogich. Stowarzyszenie rozporządza rocznie 3000 Mk., i te wystarczają do zaspokojenia najniezbędniejszych potrzeb. Dotąd jeszcze się nie udało przeszkodzić w zupełności żebractwu, gdyż jeszcze dużo ludzi daje żebrakom pieniądze; lecz od czasu, jak Stowarzyszenie to żąda, od udających się po wsparcie, poświadczenia od towarzystwa nastręczającego zarobek, że go znaleść nie mogą. odtąd zmniejszyła się liczba proszących o wsparcie rocznie blisko o 1000. Żebraków oddają właściwym władzom jako włóczęgów do ukarania.

Przytulisko dla terminatorów jest miejscem zebrań dla terminatorów rzemieślniczych; gdzie pod nadzorem czytają, piszą i bawią się. Zakład ten posiada od-

powiednią bibliotekę. Lokal dała gmina, koszta utrzymywania pokrywają odsetki od funduszu zebranego na drodze składek. Zakład bywa otwarty od 1 Października do 1 Maja, a mianowicie od $7^{1}/_{2}$—$9^{1}/_{2}$ godz., a w niedziele i święta od 3—5 godz. po południu.

Gospoda dla czeladzi nieżonatej, utrzymywana przez stowarzyszenie, przyjmuje za bardzo nizką opłatą czeladników kawalerów na mieszkanie, daje im zdrową i dobrą żywność, przyzwoite towarzystwo, religijną opiekę i ojcowską radę. Wszelkie zyski obracają na ulepszenie i podniesienie zakładu. Łóżek w nim jest dotąd 102, każde po 20—30 fen. Napoje wyskokowe, karty i wogóle gry hazardowe są wykluczone. Codziennie odbywają się wspólne modlitwy, rano i wieczór, o ile który z mieszkańców chce w nich brać udział.

Jadalnia i ogrzewalnia urządzone są w przyzwoitym budyneczku dla robotników pracujących na wolnem powietrzu, gdzie mogą jadło, zazwyczaj przyniesione, spożyć i zagrzać się.

Ochronki mają za zadanie pielęgnować dzieci ubogich mieszkańców od 14 dni do 3 lat życia za opłatą zwyczajnie 10 fen. dziennie, bez różnicy wyznania, a matkom ich dać możność zarobkowania. Śmiertelność pomiędzy temi sztucznie karmionemi dziećmi, dochodzi zaledwie do 10%. Dzieci tam przybywające przebierają w odzież zakładową, a ich własną, aż do ich wyjścia, przechowują w osobnej szatni. Czystość i porządek są tam wzorowe. To też matki przychodzące z dziećmi widzą, jak je pielęgnować należy.

Kuchnie ludowe wydają obiady, wieczerze i kawę. Obiad składa się z $^{1}/_{2}$ l. zupy, $^{1}/_{2}$ l. jarzyny i mięsa (130—160 gm. surowego, a 90—110 gm. gotowanego), 6—7 porcyj z 1 kga. Zupa, jarzyna i mięso kosztuje 30 fen., zupa i mięso 25 fen., zupa 10 fen. Wieczerza kosztuje 25 fen., filiżanka kawy z mlekiem i cukrem 7 fen. W r. 1896 wydały 3 kuchnie 175273 porcyj płatnych, 13719 ubogim za cenę 51830 Mk. Panie ze stowarzyszenia podają gościom za markami jedzenie. Robotnicy więc mają bardzo tanie, obfite i zdrowe jedzenie w mieście, a liczne bardzo pociągi pozwalają im mieszkać po wsiach okolicznych.

Szkoły kucharskie przyjmują dziewczęta od 15 roku życia na naukę, która trwa od godz. 8 rano do 4 popołudniu. Kurs trwa 73 dni i bywa ich rocznie 5, każdy dla 16 uczennic. W zakładzie może 9 mieszkać za opłatą dzienną po 1,40 Mk. Przychodzące z miasta płacą 60 fen. dziennie. Bywają także kursa wieczorne. Z tych szkół wychodzą, po przebyciu trzech kursów, nauczycielki kucharstwa, wędrowne zazwyczaj.

Uczestnicy zjazdu urządzili wycieczkę także do Baden-Baden, gdzie świeżo ukończono kanalizacyę ze zbiornikami osadnikowemi według Rothe-Roecknera. Kanał główny, przyjmujący sieć bocznych, jest z żelaza lanego; dalszy, przełazowy — murowany, jajowaty. Większe kanały w mieście są również murowane, gdzie jest wielki spadek — żelazne. Szluzy domowe są z rur kamionkowych glazurowanych. Dla oczyszczenia przechodzi treść kanałowa najprzód przez osadnik, gdzie piasek z innemi cięższemi częściami na dno opada, a sito na nim położone powstrzymuje również pływające większe nieczystości. Z tego zbiornika wydobywają osadzone nieczystości i we właściwych dołach mięszają je z proszkiem torfowym na nawóz. Z osadnika tego dostają się ciecze rurami żelaznemi do podwórza o 3 metry niżej położonego, gdzie, płynąc w otwartych murowanych kanałach, mięszają się z mlekiem wapiennem i z rozpuszczonym kaolinem. Dla lepszego zmięszania dostają się potem ciecze do tak zw. wież oczyszczenia, t. j. studzien, gdzie jest mięszadło i pompa do wyciągania osadu. W te studnie zapuszczone są wieże żelazne, cylindryczne dzwony. W dzwonach tych, zapomocą pomp, rozcieńcza się powietrze, przyczem ciecze wznoszą się w nich oczyszczone z osadu i odpływają rynienkami na zewnątrz, zaś części stałe cieńsze, zmięszane z cząstkami mleka wapiennego i kaolinu, osadzają się na dnie. Osadzony muł utrzymuje się zapomocą mięszadeł o tyle w ruchu, że rozwodniony może się dać wyciągać do filtrów, gdzie bywa po największej części pozbawiony wody. Muł następnie wysusza się i wygniata w cegiełki. Cegiełki można mleć i jako nawóz rozsypać po roli. Do kontrolowania, czy w wieżach ciecze są dobrze oczyszczone, służą osobne przyrządy z rurkami szklanemi. Nadzwyczaj zajmującem jest widzieć, jak obok siebie przepływają ciecze: jednym otwartym kanałem brudne prawie atramentowo, a drugim zupełnie czyste.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy okręgowych.

Przewodnią myślą wywodów Dra Stelli Sawickiego jest wykazanie, że instrukcya wkłada na lekarzy okręgowych za wiele obowiązków, po większej części niewykonalnych, przeto nic nie robią, tembardziej, iż mając za wiele przełożonych, są właściwie niezależni; dalej, że instytucya lekarzy okręg. nie przyniosła spodziewanych korzyści, a jest tylko kosztownym ciężarem dla kraju, przeto należy ją upaństwowić.

Taki bezwzględny sąd musi dotknąć niemile przedewszystkiem nas, lekarzy okręgowych. Czy lekarze okręgowi zdołają, z dodatkiem *c. k.* i żandarmem do pomocy, rychlej poprawić stosunki sanitarne w Galicyi, niż teraźniejsi autonomiczni, pozwalam sobie powątpiewać. Byłaby więc trochę odmienna ustawa, ale... na papierze. Że dotychczas niema widocznych owoców pięcioletniego istnienia instytucyi lekarzy okręgowych, nie należy się dziwić. Wątpię nawet, czy ustawodawcy spodziewali się tak rychłego wyniku. Trudno jednak wymagać od kilkudziesięciu ludzi nagłego poprawienia stosunków sanitarnych, znajdujących się od wieków w opłakanym stanie. Na poprawienie to nie można wpłynąć tylko jednym czynnikiem: lekarzami okręgowymi i rocznym wydatkiem wynoszącym ledwo 64.000 złr.; trzeba przedewszystkiem starać się o zwiększenie dobrobytu ludności, dając jej możność zarobku; trzeba starać się więcej niż dotychczas o podniesienie oświaty i moralności, pomnażając siły nauczycielskie, tworząc instytucye nauczycieli wędrownych; trzeba dążyć do zwiększenia liczby szpitali, względnie szpitali okręgowych, które pewnie dadzą lekarzowi więcej znaczenia, niż asystencya żandarma. Tu kraj, wspólnie z rządem, musi trochę więcej poprzeć sprawę groszem i to w różnych kierunkach, a wtedy i pieniądz wydany na lekarzy okręgowych nie będzie wyrzucony bezowocnie. Póki biedny i ciemny kmieć będzie żyć w chlewie, póty i lekarz okręgowy nic mu nie pomoże.

Przez zaprowadzenie lekarzy okręgowych niejedna okolica w Galicyi o kilkumilowym promieniu zyskała lekarza, na którego napróżno byłaby jeszcze lata czekała, nimby osiadł. Lekarze bowiem trzymają się miast, a boją się zapuszczać w zapadłe kąty kraju. Dana więc została możność wielu obywatelom korzystania z takiego dobrodziejstwa, jak posiadanie lekarza na miejscu. Bez instytucyi lekarzy okręgowych niejeden, z powodu wielkiej odległości, czy to z braku odpowiednich funduszów, musiałby się zrzec zasięgania porady lekarskiej. Wydatek krajowy na lekarzy okręgowych może więc w tym razie być uważany, jako inwestycya o charakterze społecznym i dobroczynnym. Lecz z dobrodziejstwa tego na razie korzystają przeważnie żydzi, chłop zaś nabiera oświaty od żyda... i, obszedłszy po kolei wróżbitów i znachorów, od czasu do czasu kołata do drzwi lekarza okręgowego i, jakkolwiek bardzo powoli, nabiera jednak zaufania do lekarzy zawodowych.

Dr. Saw. powiada między innymi: „... nie ma środków na zapłacenie apteki... (Lekarz okr.), chcąc uspokoić sumienie swoje, przepisuje choremu receptę, daje wskazówki

otoczeniu, jak i kiedy lekarstwo ma być zażyte, pozostawia chorego na łaskę Boga itd.“ Lekarz, postępując tak, jak dosłownie za Dr. Saw. tutaj przytoczyłem, byłby nie lekarzem, lecz niesumiennym wyrobnikiem; przypuszczam, że takiej obrazy autor art. p. t. „Okręgi sanitarne“ chyba na myśli nie miał. Każdy lekarz daje jeszcze inne wskazówki otoczeniu co do pielęgnowania chorego, które przeważnie są ważniejsze niż to, jak i kiedy lekarstwo ma być zażyte. Zapewniam, iż „recepta w kąt nie idzie“, tylko do apteki, a tam dla ubogich chorych dają leki na koszt publiczny, jak to w osobnej literze k) instrukcyi dla lek. okr. jest uwidocznione. Najczęściej jednak sam lekarz okręgowy ma aptekę domową i wydaje leki ubogim, czy to na koszt publiczny, czy też bezpłatnie. Prócz tego lekarz okręgowy, już zwracając uwagę otoczenia, iż chory nie umyty, leży na brudnym barłogu i w dusznej izbie itd. tem samem krzewi zdrowe, acz elementarne zasady higieny. Takiego pouczenia o niezbędnej higienie bez wątpienia żaden lekarz okręgowy nie skąpi swemu biednemu i ciemnemu pacyentowi; przeważnie bywa nawet usłuchany, i z prawdziwem zadowoleniem nieraz oglądamy rzeczywiste, acz skromne owoce naszych usiłowań. Takie przyzwyczajanie wieśniaka do czystości, takie powolne obznajamianie go z zasadami higieny, musi wydać błogie owoce, ale nie w okresie pięcioletnim. Co do stosunku lekarza okręg. do wójta, to znowu nie jest on tak przykry, jak to Dr. Saw. sądzi. Tutaj oczywiście takt osobisty więcej znaczy, niż dziesięć instrukcyj. Na dowód, jak wiele można zrobić z wójtem, nawet bardzo ciemnym, przytoczę jeden fakt z życia. W r. 1897, stwierdziwszy w Krzyworówni dur osutkowy, zarządziłem i przeprowadziłem natychmiast wyosobnienie domów zakażonych, tak jak to wykonuje się podczas cholery, a żandarmeryę uprosiłem, by przy sposobności patrolowania kontrolowała straże. Starostwo kosowskie nie sprzeciwiło się temu i w ten sposób, nadużywszy może w dobrej sprawie władzy, ograniczyłem epidemię do niewielkiej liczby przypadków, a trzeba wiedzieć, iż w górach stosunki sanitarne są najgorsze, a epidemie, raz wybuchnąwszy, bardzo trudno dają się stłumić.

Na zakończenie nie mogę się wstrzymać, by nie podziękować serdecznie JW. Protomedykowi, Dr. Merunowiczowi, za dzielną i bezstronną obronę lekarzy okręgowych, a sądzę, że spełniam gorące życzenie wszystkich lekarzy okręgowych.

W Żabiu 26. stycznia 1898.

Dr. Teodor Soniewicki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 Lutego.

* W Nrze następnym zamkniemy dyskusyę nad instytucyą lekarzy okręgowych. Sądzimy, że sprawa ta została należycie wyjaśnioną i że czytelnicy nasi nabrali przekonania, że instytucya ta jest nawskroś autonomiczną i że tylko czynniki społeczne, a nie rządowe, zdolne są do powołania jej do życia i do zapewnienia prawidłowego jej rozwoju.

Dwa ma zadania instytucya lekarzy okregowych: lecznicze i cywilizacyjne. Przekonani jesteśmy, że pierwsze z nich posiada w naszem społeczeństwie wszelkie warunki do rozwoju: wszak niezaprzeczalną jest analogia między szkołą wiejską a szpitalem wiejskim; tak jak szkolnictwo wiejskie w Galicyi rozwijało się przy udziale samopomocy społeczeństwa, tak i szpitale wiejskie muszą się oprzeć o czynnik obywatelskiego altruizmu; a nie pomylimy się twierdząc, że obywatelstwo nasze nawet więcej skłonne jest do popierania zarządzeń zdrowotnych, niżeli szkolnych.

Inaczej rzecz się ma z zadaniem cywilizacyjno-higienicznem: jedno pokolenie i to jeszcze w warstwie kmiecej, znanej ze swych instynktów zachowawczych, nie przeobrazi się w ciągu kilku lat po naszej myśli, a to tem więcej, że wcieleniu w życie pojęć higienicznych towarzyszyć musi wzmożony pierwiastek ekonomiczny i ogólnocywilizacyjny. Tu, zanim się zatknie zwycięzki sztandar na szańcu, opancerzonym wielowiekową grubą warstwą ciemnoty, uprzedzeń i przesądów, legnie pierwszy szereg bojowników, nie oglądając owoców swego męztwa i ofiary. Wyznajmy sobie, że w zadaniu lekarza okręg. w Galicyi tkwi spora cząstka misyonarstwa, a do spełnienia posłannictwa misyonarskiego potrzebne jest powołanie. Niech więc każdy z kolegów, zanim sięgnie po stanowisko lekarza okręgowego, obliczy się ze swojem osobniczem usposobieniem, zasadami i upodobaniem; a jeśli uświadomi sobie, że w życiu jego pierwiastek społeczny nie przoduje, jeśli go nie zagrzewa zaszczyt „niesienia kagańca“ przed ciemną bratnią rzeszą, niech się nie ubiega o stanowisko lekarza okręgowego, bo czeka go nie zadowolnienie ze spełnionego obowiązku, lecz rozczarowanie i rozgoryczenie.

Z drugiej strony macochą a nie matką byłby ten rząd krajowy, któryby nie zapewnił tym pionierom nie tylko bytu materyalnego, lecz i środków do utrzymania się na tej wysokości umysłowej, jakiej wymaga stanowisko lekarza w społeczeństwie.

Zatem, w miarę nabytego doświadczenia, niech władza przejrzy instrukcyę i nada lekarzowi okręgowemu więcej powagi wykonawczej, niech rząd krajowy wraz ze społeczeństwem przystąpi do zakładania małych szpitali; niech lekarzowi okręgowemu zostaną umożebnione środki do działania i warunki do zapewnionego bytu, — a wielkie dzieło odrodzenia się fizycznego naszego społeczeństwa wejdzie w okres rozwoju prawidłowego, aczkolwiek powolnego, bo takiem jest prawo przeobrażeń społecznych, a my wyjątku nie stanowimy.

* „Wiener Zeitung“ ogłasza nominacyę nadzwyczajnego profesora chorób skórnych i wenerycznych w Insbruku, Dra Włodzimierza Łukasiewicza, na zwyczajnego profesora w Uniwersytecie lwowskim.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych w dniu 28 stycznia b. r. odbytem:

1) prymaryusz Dr. Krokiewicz przedstawił i objaśnił nową reakcyę na barwiki żółciowe w moczu, doświadczoną i wypróbowaną w przeszło 1000-cu przypadkach, która okazuje się najczulszą ze wszystkich dotąd znanych.

2) Doc. Dr. Baurowicz przedstawił przypadek twardzieli (scleroma) podniebienia miękkiego i twardego, przyczem wywiązała się dyskusya o szczegółach etyologii twardzieli i ozeny;

3) Asystent, Dr. Żydłowicz, przedstawił interesujący przypadek kiły trzeciorzędnej;

4) Sekundaryusz, Dr. Hirsch, przedstawił rzadki i uwagi godny przypadek z oddziału chirurgicznego.

* Wysoki Sejm nadał *veniam aetatis* Dr. Alfredowi Biegelmayerowi, prymaryuszowi prowizorycznemu w Samborze.

* „Warszawski Dniewnik“ donosi, że ministeryum spraw wewnętrznych zezwoliło prof. Bujwidowi na rozsyłkę krakowskiej surowicy przeciwbłoniczej w Rosyi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Jana, lat 46, we Lwowie, Dr. Karol Kronenberg w Stryju, Dr. Daniel Landau — w Warszawie. Dr. O'Dwyer, znany wynalazca tubusa krtaniowego, zmarł w Nowym Yorku, w 55 roku życia. Dr. Schöder, profesor farmakologii, zmarł w Heidelbergu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 5: Męczkowskiego W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą. Dr. Piotrowskiego J.: Kilka przypadków zimnicy i kilka słów o jej leczeniu. Neugebauera Fr.: Jeszcze 10 spostrzeżeń zatrzymania w macicy główki po umyślnej lub wypadkowej dekapitacyi płodu przy ekstrakcyi za nóżki. W „Medycynie“ Nr. 5: Prof. Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 9-go Lutego, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Kędzior przedstawi chorych z kliniki lekarskiej Prof. Korczyńskiego.

2) Kol. Dr. Krokiewicz wyłoży: „O odczynnikach na barwiki żółciowe w moczu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**